

Addictions et conduites dopantes

Épidémiologie, prévention, dépistage

Morbidité, comorbidité et complications

Prise en charge, traitements substitutifs et sevrage

2^e partie – **Alcool, psycho-actifs et substances illicites**

D^r Xavier Laqueille, P^r Jean-Pierre Olié

CH Sainte-Anne, université Paris V-René Descartes, 75014 Paris

olie@chsa.broca.inserm.fr

OBJECTIFS

Diagnostiquer une conduite addictive (alcool, psychotropes, substances illicites, jeux, activités sportives intensives...).

Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Décrire les principes de la prise en charge au long cours.

Expliquer les éléments de prévention et de dépistage des conduites à risque pouvant amener à une dépendance à l'égard de l'alcool.

POINTS FORTS *à comprendre*

- La dépendance est un processus évolutif qui s'installe souvent à la post-adolescence avec une faible motivation face à l'abstinence. Les demandes de soins sont tardives. Lors de comorbidité avec un trouble psychiatrique, elle en aggrave le cours évolutif. Le rôle du cannabis dans le déclenchement des schizophrénies est discuté.
- La prise en charge est émaillée de rechutes et complications psychiatriques, somatiques et sociales. Elle associe chimiothérapies psychotropes, suivi médico-psychologique et social, traitement des comorbidités psychiatriques et somatiques.
- Les traitements de substitution ne s'adressent qu'aux toxicomanies opiacées et à la dépendance tabagique. Ils agissent sur des aspects biologiques de la dépendance. Le suivi psychologique et social permet une action sur les facteurs étiologiques et les conséquences de l'intoxication.
- La loi du 31 décembre 1970 distingue les drogues illicites dont l'usage même privé est interdit, de l'alcool, du tabac et des médicaments, dont le mésusage est sanctionné (ivresse publique, usage en milieu professionnel, conduite automobile, crimes et délits).

Les troubles liés aux substances psycho-actives sont un problème majeur de santé publique. Le développement des drogues explose depuis les années 1960. Classiquement, l'alcoolisme, le tabagisme* et la toxicomanie étaient différenciés. Les évolutions actuelles tendent à les regrouper sous le concept d'addiction. Ce concept permet de prendre en compte les toxicomanies sans drogue. Rencontre d'un produit, d'un individu et d'un moment, les toxicomanies renvoient à des aspects psychopathologiques, neurobiologiques et étiopathogéniques communs. Ces troubles se caractérisent par la fréquence des complications et comorbidités psychiatriques et nécessitent des prises en charge multidisciplinaires au long cours.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les troubles liés aux substances psycho-actives sont des psychopathologies graves. La mortalité et la morbidité sont élevées. L'alcool et le tabac sont les premières causes de décès en France. Les complications sociales sont les ruptures professionnelles et affectives, les incarcérations et la désinsertion progressive.

L'alcool entraîne de manière directe ou indirecte 50 000 décès par an, et 15 à 25 % des hospitalisations ; 15 % des accidents de travail ; 35 % des accidents de la route ; 60 % des agressions

sont corrélées à l'alcool. La consommation excessive est fixée à 4 verres par jour chez l'homme et 3 chez la femme ; 4 à 5 % des Français sont buveurs excessifs, 2,5 % sont alcoolo-dépendants. Son usage est souvent associé à celui du tabac (avec des complications communes) ou du cannabis chez l'adolescent. Les polytoxicomanes sont à 50 % alcoolo-dépendants.

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée avec un accroissement du phénomène depuis 10 ans. L'expérimentation touche 50 % des sujets à 19 ans, la consommation plus de 10 fois dans l'année 30 % des garçons, plus de 10 fois dans le mois 16 % des garçons. Toutefois, 50 % des adolescents n'en ont jamais pris et 70 % n'en ont pas consommé l'année précédente.

Les héroïnomanes en France sont estimés à 150 000 avec 200 décès par an par surdosage. Un sur deux est mort dans les 30 ans ; 10 à 25 % sont contaminés par le sida, 70 % par l'hépatite C.

La cocaïne se développe en France dans les milieux artistiques et de la communication et le crack chez les polytoxicomanes. Les cocaïnomanes pures sont rares. La faible dépendance physique et la forte appétence entraînent une sous-estimation du niveau d'intoxication. L'abus et la dépendance concernent un expérimentateur sur deux.

L'ecstasy était consommé au mois une fois en 2000 par 5 % des garçons et 2,2 % des filles. Les autres dérivés médicamenteux en particulier anesthésiques ont une extension sensible.

La dépendance aux benzodiazépines recouvre 2 contextes : l'anxieux pharmaco-dépendant (27 % de la population utilise des benzodiazépines régulièrement aux doses thérapeutiques) et 25 à 50 % des polytoxicomanes.

MORBIDITÉ-COMORBIDITÉ DES ADDICTIONS

NOSOGRAPHIE

Les premières classifications de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) insistaient sur les notions de dépendance psychique ou pulsion à consommer, dépendance physique et sevrage, tolérance à des doses de plus en plus élevées et accoutumance. Le concept de pharmaco-dépendance a permis de centrer le trouble sur l'assuétude, la perte de la liberté de s'abstenir ou la perte de contrôle, en relativisant la dépendance physique.

✓ **La dépendance aux substances psycho-actives** est un processus évolutif, marqué par l'appétence aux produits et qui envahit l'ensemble de la vie psychologique et sociale. Elle s'installe habituellement à l'adolescence ou à la post-adolescence. Il y a dépendance physique en cas de tolérance ou de syndrome de sevrage. Les premières demandes de soins apparaissent au bout de 5 à 20 ans d'intoxication. Les dépendances sont dites en rémission précoce jusqu'à 1 an d'abstinence, en rémission prolongée au-delà. Le maintien dans les soins est un facteur de bon pronostic : 1 toxicomane sur 2 rechute dans les 6 mois qui suivent la rupture thérapeutique. Les polydépendances sont la règle. Les sujets dépendants présentent un certain nombre de traits de personnalité communs : dépendance affective et intolérance aux frustrations, passivité et agressivité, tendances transgressives chez le drogué opposées au conformisme de façade de l'alcoolique.

✓ **L'usage nocif ou l'abus** est la poursuite de la consommation malgré les complications physiques, psychologiques, sociales sans atteindre le niveau de dépendance.

✓ **L'usage occasionnel** est ponctuel sans motivation autre que sociale. L'intérêt pour le produit est faible. La consommation occasionnelle d'héroïne, cocaïne ou ecstasy chez le consommateur abusif de cannabis doit faire craindre une polytoxicomanie débutante.

✓ **La toxicophilie médicamenteuse** est la relation pathologique aux médicaments. Elle renvoie à l'hypocondrie et aux difficultés psycho-affectives à expression somatique.

✓ **Les toxicomanies sans drogue** sont les comportements compulsifs tels que le jeu pathologique, la kleptomanie, la boulimie, la trichotillomanie... Elles posent les mêmes problèmes cliniques, étiologiques et thérapeutiques que les dépendances à une substance.

NEUROBIOLOGIE

Les modèles animaux reproduisent les effets renforçants des drogues. Le test d'auto-administration et le test de préférence de place, dans lequel le rat manifeste une attirance pour la place de la cage dans laquelle la drogue a été délivrée, sont les plus connus. Les substances psycho-actives stimulent les régions mésolimbiques et hypothalamiques, en particulier le noyau accumbens, supports anatomiques du système de récompense. Elles favorisent la transmission dopaminergique, directement pour les psychostimulants nicotiniques, cocaïniques et amphétaminiques, indirectement pour les opiacés, les cannabinoïdes et l'alcool.

La sensibilisation est la réponse dopaminergique et comportementale croissante lors des premières prises de drogue. Elle est déterminante dans l'installation de la dépendance. Elle est croisée entre les différentes drogues. La dépendance physique aux opiacés concerne les neurones noradrénergiques du locus coeruleus.

ÉTIOPATHOGÉNIES : FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

Il est classique d'opposer :

- les toxicomanies psychopathologiques et les toxicomanies socioculturelles ;
- les toxicomanies et alcoolisme primaires et les toxicomanies et alcoolisme secondaires à une psychopathologie évolutive ;
- l'alcoolisme d'entraînement, l'alcoolisme névrotique et l'alcoolisme dipsomaniaque impulsif entrecoupé de périodes d'abstinence.

D'une manière plus actuelle, on définit des facteurs de vulnérabilité. Les facteurs socioculturels sont déterminants dans l'expérimentation et l'abus, les facteurs psychologiques et biologiques dans la dépendance.

✓ **Facteurs biologiques** : le pouvoir toxicomanogène des drogues dépend de leur puissance intrinsèque (héroïne et crack plus puissants que morphine et cocaïne), de la concentration en principe actif et de la rapidité d'action. Les facteurs génétiques contribueraient pour 50 % aux dépendances à l'alcool, à l'héroïne et à la cocaïne.

✓ **Facteurs psychologiques** : les traits de personnalité les plus fréquents sont la dépressivité, la recherche de sensations et la désinhibition pour les drogues illicites, l'émotivité et l'anxiété pour l'alcool ; les

personnalités pathologiques les plus souvent rencontrées sont les personnalités antisociales et borderlines pour les toxiques illicites ; personnalités anxieuses, dépendantes et paranoïaques pour l'alcool. Toutes les psychopathologies de l'adolescent peuvent évoluer vers une polydépendance, celles de l'adulte vers une dépendance à l'alcool ou aux médicaments. Certaines polytoxicomanies sont concomitantes de relations familiales pathologiques sur le mode du rejet ou à l'inverse d'une fusionnalité affective.

✓ **Facteurs sociaux** : ils renvoient à l'accès aux toxiques, à l'influence des pairs, à la consommation de toxiques par les parents. La qualité des relations familiales, une bonne estime de soi et une souplesse dans les relations sociales sont des facteurs de protection.

L'adolescence est un moment de particulière vulnérabilité tant sur le plan psychologique que sur le plan neuro-développemental.

COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES DES DROGUES

✓ **États confuso-oniriques** : ils sont liés aux excès, associations de toxiques et sevrage. Le bilan organique doit éliminer les causes post-traumatiques ou infectieuses.

✓ **Troubles délirants induits** : ils surviennent brutalement, régressent en quelques semaines et rechutent lors de la reprise du toxique. Des phénomènes de rémanence spontanée ou « flash back » sont décrits. Les pharmacopsychoses chroniques sont de diagnostic différentiel difficile avec les troubles schizophréniques.

✓ **États dépressifs**, souvent masqués par les troubles du comportement, ils regroupent :

- troubles de l'humeur induits par les toxiques, contemporains de l'intoxication et spontanément résolutifs lors de l'abstinence ;
- troubles dépressifs du post-sevrage (tabac et psychostimulants) réagissant médiocrement aux antidépresseurs ;
- états dépressifs majeurs qui nécessitent une chimiothérapie antidépressive à dose adaptée ;
- réactions dépressives survenant lors des événements de vie ou frustrations mal tolérés, insensibles aux antidépresseurs ;
- symptômes dépressifs associés à une psychopathologie évolutive, anxieuse ou psychotique.

✓ **Troubles anxieux et troubles du sommeil** : ils sont favorisés par tous les toxiques. Le cannabis peut entraîner des bouffées de panique et une anxiété de dépersonnalisation.

✓ **Syndrome amotivationnel** : il associe un déficit de l'activité et une humeur dépressive. Il est plus marqué lors des dépendances aux psychostimulants et au cannabis.

✓ **Perturbations cognitives** : elles sont concomitantes des prises d'alcool, benzodiazépines ou cannabis, secondaires à l'arrêt de psychostimulants. Des démences sont décrites pour l'alcool et les solvants.

COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

Les toxiques aggravent les psychopathologies évolutives : intensification de la symptomatologie, ruptures thérapeutiques, rechutes et hospitalisations, tentatives de suicide, désocialisation.

Les comorbidités, actuelles ou sur la vie entière, sont fréquentes :

- 50 % des schizophrènes pour l'alcool, 25 % le cannabis, 90 % le tabac ;
- 40 % des anxieux, en particulier phobiques sociaux, pour l'alcool ou le cannabis ;

- 5 à 10 % des polytoxicomanes ont un trouble schizophrénique, 60 % un trouble de l'humeur ;
- 1 alcoolique sur 4 a un trouble de l'humeur ;
- les toxiques, en particulier l'alcool et le cannabis, facilitent les passages à l'acte, tentatives de suicide et abus sexuels.

SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES ET LEURS SPÉCIFICITÉS

ALCOOL

L'intoxication aiguë entraîne l'ivresse alcoolique avec excitation psychomotrice, labilité de l'humeur, incoordination motrice et dysarthrie, sensations vertigineuses, perturbations cognitives. Les troubles du jugement et la désinhibition favorisent les passages à l'acte criminels ou sexuels. Elle apparaît dès une alcoolémie à 1,5 g/L, le coma alcoolique, hypotonique et hypothermique, à 3 g/L. Les ivresses pathologiques sont excitomotrices (avec accès paroxystique de fureur), délirantes et hallucinatoires ou anxiodépressives (avec risque de suicide). L'alcoolémie baisse de 0,1 à 0,15 mg/h. Les femmes sont plus vulnérables. Les effets sont majorés par des associations de toxiques ou de sédatifs.

Le syndrome de sevrage associe typiquement insomnie, sueurs, tremblements, cauchemars et, en cas d'intoxication plus marquée, une hallucinose isolée voire un delirium tremens.

Les complications somatiques peuvent toucher tous les appareils avec des impacts hépatodigestifs et neuropsychiatriques particuliers (syndrome de Korsakoff).

CANNABIS

Le principe actif du cannabis est le delta 9 tétrahydro-cannabinol (THC) : la teneur des cigarettes de haschich varie de 6 à 20 %. Les concentrations sanguines sont maximales en 7 à 10 min et persistent 3 à 24 h. L'élimination est urinaire.

L'ivresse cannabique associe une euphorie et des modifications sensorielles. À dose plus élevée apparaissent des illusions et hallucinations. Les perturbations cognitives sont constantes (spatio-temporalité, mémoire à court terme, exécution de tâches multiples simultanées). La coordination motrice est également perturbée. Les signes somatiques généraux sont mineurs : hyperhémie conjonctivale et mydriase, sécheresse buccale, hyper-orexie, irritation bronchique. Il n'y a pas de risque léthal en cas de surdosage.

La dépendance au cannabis touche 10 à 15 % des consommateurs. Ce risque est 2 fois plus élevé chez l'adolescent. Elle est spontanément résolutive dans 2 tiers des cas entre 25 et 30 ans. La dépendance physique est modérée avec une tolérance à des doses de plus en plus élevées. Les symptômes de sevrage sont masqués par une élimination lente. Le passage aux autres toxicomanies concerne les sujets les plus vulnérables. Les états de démotivation et de dépersonnalisation sont les principales complications psychiatriques. Le cannabis semble avoir un rôle étiologique dans certains troubles schizophréniques. Les risques de cancers du poumon sont supérieurs à ceux du tabac.

OPIACÉS

Les opiacés naturels et semi-synthétiques, morphine, codéine et héroïne sont issus de l'opium. Les médicaments tels les morphines retard, la buprénorphine et ceux contenant de l'opium et de la codéine sont objets d'abus. Les opiacés les plus toxico-manogènes s'opposent aux opiacés des traitements de substitution par leur courte demi-vie. Ils sont absorbés par voie intraveineuse ou nasale, parfois respiratoire.

Ils entraînent une euphorie, un sentiment de plaisir physique et psychique suivi d'une rêverie calme. Des nausées et des vomissements ne sont pas rares surtout lors des premières prises. Les effets somatiques sont : bradycardie, hypotension, myosis, constipation, sécheresse buccale, analgésie. À faible dose, ils sont désinhibiteurs et favorisent l'activité.

La dépendance à l'héroïne est tyrannique. D'installation rapide, elle est associée à une dépendance physique sévère. La brutalité et la rapidité de son effet, sur une à deux heures, contraignent l'héroïnomanie à des injections pluriquotidiennes qui rythment sa journée.

Les complications des toxicomanies opiacées sont graves :

- les surdosages avec troubles de la conscience, dépression respiratoire, pâleur, sueurs, myosis sévère, parfois crise convulsive et décès ; cet accident est favorisé par les associations de toxiques ou la perte de tolérance secondaire à un sevrage ;
- le syndrome de sevrage apparaît quatre à douze heures après la dernière prise, trente-six heures pour la méthadone. Il associe anxiété, insomnie, irritabilité, douleurs abdominales, douleurs dorso-lombaires, rhinorrhée, diarrhée ; il régresse en 5 à 10 jours ;
- les complications virales (VIH, hépatite C [HCV], et hépatite B [HBV]) sont liées aux pratiques d'échange de seringues ;
- les infections locorégionales sont les abcès aux points d'injection, les bactériémies avec risque de septicémie, d'endocardite, d'encéphalite, d'abcès cérébral ;
- les affections bucco-dentaires sont fréquentes, les maladies sexuellement transmissibles courantes malgré la baisse de la libido et l'impuissance ;
- les complications materno-fœtales sont les avortements spontanés, les accouchements prématurés, l'hypotrophie du nouveau-né, le risque de transmission du VIH et un syndrome de sevrage du nouveau-né.

COCAÏNE

La cocaïne est l'alcaloïde du coca. Le chlorhydrate de cocaïne est une poudre blanche hydrosoluble, prise par voie nasale ou intraveineuse, parfois en association à de l'héroïne. Le sulfate de cocaïne, crack ou caillou, est fumé avec une action aussi rapide qu'en intraveineux.

La cocaïne provoque un état d'excitation psychique. Sur le plan somatique elle entraîne tachycardie, hypertension artérielle, mydriase, sueurs. L'effet dure d'une demi-heure à une heure et demie selon la voie d'administration et est suivi d'une adynamie anxieuse, la « descente ».

Les complications de la cocaïne sont :

- cardiovasculaires : infarctus du myocarde, crises hypertensives, troubles du rythme cardiaque et nécrose de la cloison nasale lorsque la drogue est prise ;
- neurologiques : céphalées, hémorragies cérébro-méningées et accidents ischémiques transitoires, convulsions, hyperthermie ;
- fœto-maternelles : accouchements prématurés, malformations cardio-vasculaires, hypotrophie, hyperexcitabilité et hyperactivité du nourrisson ;
- psychiatriques : bouffées délirantes aiguës, crises d'angoisse, troubles de l'humeur et troubles délirants interprétatifs.

AUTRES DROGUES

✓ **Ecstasy** : c'est une méthylamphétamine facilitant les rapports sociaux et désinhibitrice sexuelle. À forte dose, elle entraîne illusions et hallucinations. Les complications sont celles des psychostimulants avec risques spécifiques neurotoxiques et d'hyperthermie maligne.

✓ **Autres hallucinogènes** : le LSD ou acide lysergique, la mescaline (l'alcaloïde d'un cactus mexicain), la psilocibine (l'alcaloïde des champignons psilocibes), le datura sont des hallucinogènes puissants. Leur consommation est occasionnelle et n'engendre pas de dépendance. Les effets durent quelques heures à 2 jours. Les complications sont les passages à l'acte graves liés au vécu hallucinatoire (défenestration), les décompensations délirantes et les rémanences spontanées.

✓ **Amphétamines** : ce sont des psychostimulants purs. Les anorexigènes sont habituellement des dérivés amphétaminiques. Cette consommation touche des populations spécifiques : polytoxicomanes, anorexiques, étudiants, sportifs ou intellectuels. La prise d'amphétamine entraîne : excitation intellectuelle, augmentation de la vigilance, diminution de la sensation de fatigue, stimulation des capacités intellectuelles, réduction du sommeil et de l'appétit, anxiété puis profond abattement. Les dépressions de sevrage sont particulièrement résistantes aux traitements antidépresseurs. Les complications somatiques sont celles de la cocaïne.

✓ **Benzodiazépines** : les patients suivant un traitement de plus de 3 mois peuvent évoluer vers une pharmacodépendance avec syndrome de sevrage à l'arrêt. Chez les polytoxicomanes, c'est une toxicomanie de substitution. Les benzodiazépines sont recherchées pour leurs effets euphorisants. L'ivresse benzodiazépinique se caractérise par une euphorie, une subconfusion, une incoordination motrice et verbale, des troubles de l'attention et de la mémoire. L'altération du jugement et la désinhibition favorisent les actes médico-légaux. Les effets sont majorés par l'alcool. L'intoxication aiguë est souvent suivie d'une amnésie post-critique. La dépendance physique est marquée par un syndrome de sevrage : anxiété, insomnie, agitation psychomotrice, tremblements, syndrome confusionnel et crises convulsives jusqu'à 15 jours de l'arrêt.

✓ **Autres médicaments et autres toxiques** : d'autres composés sont recherchés pour leurs propriétés addictives. Leur usage chez l'adolescent est de pronostic péjoratif.

- les antiparkinsoniens aux effets psychodysléptiques ;
- les antihistaminiques et antinauséux ;

- les anesthésiques, le γ -hydroxybutyrate, la ketamine, la phencyclidine, qui entrent dans le cadre des toxicomanies nouvelles, avec parfois un usage criminel (abus sexuel et soumission chimique) ;
- les *designer drugs* ou produits dérivés de synthèse ;
- les solvants et les colles.

RÉPONSES SANITAIRES ET SOCIALES

Les prises en charge sont au long cours, émaillées de rechutes, sous-tendues d'une motivation fluctuante.

DÉPISTAGE

Le dépistage d'une dépendance doit être systématique dans certaines circonstances : ivresse, violences en particulier sexuelles, troubles du comportement et tentatives de suicide, maladie psychiatrique et complications somatiques. Le diagnostic de dépendance est clinique, essentiellement par interrogatoire. Les stigmates physiques les plus ordinaires sont l'altération de l'état général, les marques d'injection, l'état dentaire et les signes somatiques d'alcoolisme chronique.

Le niveau de dépendance à l'alcool peut être évalué par le questionnaire DETA (besoin de Diminuer, Entourage, impression de boire Trop, besoin d'Alcool le matin). Les stigmates biologiques, γ -GT et anémie macrocytaire sont utiles. Le dosage de l'alcoolémie permet une quantification des dernières prises, les recherches de drogues illicites dans les urines signent une prise récente. Les opiacés semi-synthétiques, la cocaïne et les amphétamines persistent dans les urines 3 j, la méthadone 7 j, le cannabis 8 j en cas de prise isolée, 1 mois en cas de prises régulières.

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

La stratégie du sevrage s'oppose à celle du traitement de substitution. La première prône l'abstinence, la seconde l'utilisation d'agoniste en vue d'une désintoxication progressive.

1. Sevrage et post-sevrage

✓ **Alcool** : le sevrage d'alcool demande tranquillisants, vitamines B injectables et hyperhydratation pendant une semaine ; le post-sevrage l'acamprosate et la naltrexone, qui réduisent l'appétence alcoolique ou le disulfirame aux effets aversifs.

✓ **Opiacés** : le sevrage d'opiacés en hospitalisation permet l'utilisation d' α -adrénergiques, clonidine ou guanfacine et de tranquillisants benzodiazépiniques ou neuroleptiques pendant 1 semaine. En ambulatoire, le traitement associe des antalgiques type Viscéralgine forte et des neuroleptiques sédatifs ; les α -adrénergiques et les opiacés sont contre-indiqués, les benzodiazépines à éviter. En post-sevrage, la naltrexone, un antimorphinique à longue demi-vie, bloque les effets des opiacés et permet le maintien de l'abstinence.

✓ **Autres drogues** : le sevrage de psychostimulants et de cannabis relève d'un traitement symptomatique. Les antidépresseurs sérotoninergiques sembleraient réduire l'appétence à la cocaïne. Le sevrage des benzodiazépines se fait par une diminution progressive avec utilisation des composés à demi-vie longue.

2. Traitements de substitution

✓ **Substitution aux opiacés** : les traitements de substitution agissent sur la pharmacodépendance opiacée dans ses aspects les plus biologiques. Ils permettent d'inclure l'héroïnomanie dans un cadre de soins avec suivi psychologique et social. Délivrance sous contrôle, contrôles urinaires et suivi médico-psychologique sont les facteurs de succès de ces cures. Leur prescription est réglementée. Les doses efficaces sont létales chez le sujet vierge de toxiques. Elles sont atteintes par paliers progressifs. La dose initiale de méthadone est de 20 ou 30 mg, avec une augmentation de 10 mg/j jusqu'à 60 à 100 mg/j. La dose initiale de buprénorphine est de 2 à 4 mg, progressivement stabilisée entre 6 et 16 mg/j (v. [Pour Approfondir](#)).

✓ **Autres traitements** : le surdosage opiacé est traité par naloxone, un antimorphinique d'action rapide, avec le risque de déclencher un syndrome de sevrage aigu et surtout une reprise du coma dans les 2 h. Le surdosage benzodiazépinique se traite par flumazénil.

Les thymorégulateurs et certains neuroleptiques ont des effets agressolytiques utiles.

Le traitement des comorbidités psychiatriques est essentiel au maintien de l'abstinence.

3. Suivi psychologique et social

L'attitude générale est une écoute attentive et empathique, ni moralisatrice ni culpabilisatrice.

L'attitude face au toxique doit être claire.

✓ **Le suivi psychologique** permet une indispensable évolution qui facilitera l'abandon de l'habitus toxique.

Les psychothérapies d'inspiration analytique s'intéressent à la structuration de l'affectivité globalement organisée sur le mode d'une toute-puissance avec opposition aux instances de la réalité. Elles sont difficiles à mettre en œuvre et nécessitent un assouplissement du cadre de soin.

Les psychothérapies cognitivo-comportementales s'intéressent aux pensées et aux stimuli positifs de plaisir, et négatifs qui entretiennent les prises de toxiques. Elles favorisent la motivation puis le maintien de l'abstinence. Elles sont individuelles ou de groupe.

Les prises en charge institutionnelles sont inhérentes aux consultations spécialisées hospitalières, aux centres de consultations ambulatoires d'alcoologie (CCAA) ou aux centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST). Les sujets polydépendants évoluent dans un espace thérapeutique structurant.

Les psychothérapies familiales concernent particulièrement le cas des adolescents ; les entretiens avec l'entourage familial ou conjugal sont nécessaires.

Les groupes de patients ex-consommateurs permettent un étayage fort et aident au maintien de l'abstinence.

✓ **Le suivi socio-éducatif** permet :

- l'accès aux droits sociaux (couverture médicale universelle, allocation logement, allocation adulte handicapé) ;
- l'accès aux hôpitaux de jour, foyers de post-cure, appartements thérapeutiques, nuitées d'hôtel en vue d'un logement social ;
- une réinsertion professionnelle, terme d'une évolution positive.

HOSPITALISATION ET URGENCE

Une demande d'hospitalisation doit toujours être examinée. L'hospitalisation en urgence se justifie lors des complications médicales ou psychiatriques. Les demandes pour motif familial ou social sont habituellement refusées ou de courte durée avec rechutes fréquentes à la sortie.

L'hospitalisation de sevrage est préparée, les objectifs et les modalités précisées : absence de permission et visite, respect du règlement intérieur, absence de prise de toxique ou de traitement autre que prescrit. Une post-cure de quelques semaines peut être organisée.

ASPECTS LÉGISLATIFS

La législation distingue les drogues illicites dont l'usage, même privé, est sanctionné, des substances légales (alcool, médicaments), dont le mésusage est sanctionné (ivresse publique, alcool au volant ou en milieu professionnel, vente aux mineurs). La conduite automobile avec une alcoolémie au-delà de 0,5 g/L est une contravention et un délit correctionnel au-delà de 0,80 g.

La loi de 1954 sur les alcooliques dangereux qui permet leur internement en milieu psychiatrique n'est plus appliquée. La loi du 31 décembre 1970 définit l'injonction thérapeutique avec le classement par le procureur des infractions liées aux toxiques.

POINTS FORTS à retenir

- **Alcool-tabac : 1^{re} cause de mortalité en France (60 000 décès par an pour le tabac, 50 000 pour l'alcool).**
- **Cannabis : 30 % des adolescents en ont consommé plus de 10 fois dans l'année, 16 % plus de 10 fois dans le mois. Les prises de cannabis sont fortement corrélées à l'alcool et sont un indicateur de difficultés psychologiques et sociales.**
- **150 000 héroïnomanes en France, dont 10 à 25 % séropositifs pour le VIH et 70 % séropositifs à l'HCV.**
- **Le dépistage doit être réalisé lors de toute décompensation psychiatrique ou passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif.**
- **La prescription d'opiacés chez l'héroïnomane est contre-indiquée dans le sevrage opiacé, celle de benzodiazépines doit être prudente.**
- **La méthadone aux doses thérapeutiques est létale chez le sujet non dépendant.**
- **La méthadone ne peut être prescrite en médecine de ville que par des médecins habilités pour un patient donné. La buprénorphine peut être prescrite par tout praticien avec nécessité d'un suivi médico-psychologique.**
- **L'hospitalisation en urgence ne se justifie que pour les urgences psychiatriques et somatiques, non pour le sevrage.**
- **Les troubles dépressifs induits par les toxiques se traitent par l'abstinence et non par antidépresseurs.**

La loi du 30 juin 1990 sur les hospitalisations psychiatriques et celle sur les incapables majeurs, bien que non spécifiques des addictions, sont utiles.

PRÉVENTION ET POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES

La prévention primaire est la prévention de l'usage par une information sur les effets et méfaits des substances psycho-actives, à travers une politique d'éducation à la santé.

La prévention secondaire renvoie aux facteurs de vulnérabilité des sujets à risque par une politique éducative de proximité, le dépistage et la prise en charge précoce des enfants, adolescents et familles exposés.

La prévention tertiaire ou politique de réduction des risques permet de lutter contre les complications médicales et les conséquences sociales avec la politique de substitution à bas seuil, l'accès libre et l'échange de seringues, le soutien aux associations d'usagers de drogues.

DOPAGES ET CONDUITES DOPANTES

ASPECTS RÉGLEMENTAIRES

Le Comité international olympique (CIO) a défini le dopage comme l'usage d'artifices susceptibles d'améliorer les performances. Cette définition ne s'applique qu'aux sportifs en compétition et à une liste limitée de produits. L'Agence Mondiale Antidopage (AMA) a été créée en 1999 pour tenter d'harmoniser les règlements nationaux. La France est le premier pays à avoir légiféré. La loi du 23 mars 1999 dispose d'un volet répressif qui sanctionne les sportifs convaincus de dopage et leurs pourvoyeurs, et d'un volet préventif qui instaure un suivi médical longitudinal des sportifs de haut niveau. En cas de découverte de signes de dopage, elle impose des soins anonymes auprès d'antennes médicales de lutte contre le dopage.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les enquêtes de prévalence montrent que les sportifs de haut niveau sont plus concernés (17,5 %) que les compétiteurs d'autres niveaux (10 %) et les sportifs de loisir (5 %).

Lors des contrôles chez les compétiteurs, 5 % des prélèvements montrent des substances interdites : cannabinoïdes, salbutamol, corticoïdes stimulants et anabolisants, anesthésiques locaux, narcotiques, diurétiques et β -bloquants.

SIGNES D'APPEL

Sur le plan clinique, il n'existe pas de critère formel. La symptomatologie est variable selon les individus, les produits consommés, le moment de l'examen, le mode de consommation (unique ou répété, consommation simple ou poly-consommation). Les signes d'appel sont :

- ➔ augmentation de la masse ou de la puissance musculaire pour l'hormone de croissance ou de stéroïdes anabolisants ;
- ➔ bradycardie et augmentation anormale des capacités de transport en oxygène pour érythropoïétine ;

DÉJÀ PARUS DANS LA REVUE

► Conduites addictives. Comment les prendre en charge

Monographie
(Rev Prat 2003 ; 53 [12] : 1291-42)

► Cannabis

Monographie
(Rev Prat 2004 ; 54 : à paraître)

DÉJÀ PARU

Addictions et conduites dopantes - Épidémiologie, prévention, dépistage
Morbidité, comorbidité et complications- Prise en charge, traitements
substitutifs et sevrage.
1^{re} partie - Tabac. Rev Prat 2004 ; 54 (11) : 1125-32

- facteurs de personnalité : recherche de sensations, exigence de performance, personnalités pathologiques et psychopathologies évolutives, plaintes psychosomatiques ;
- certains sports : haltérophilie, musculation, football américain...
- sexe masculin et âge entre 25 et 30 ans.

COMPLICATIONS

Les complications somatiques sont spécifiques des produits et de la durée d'exposition. Les complications psychiatriques sont les troubles du comportement, les dépressions, les décompensations psychotiques. Les effets à long terme des associations de produits sont mal connus. À titre indicatif, la longévité des footballeurs américains en 1993 était de 55 ans, alors que celle d'un Américain moyen était de 72 ans. ■

Pour approfondir...

CADRE D'UTILISATION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION OPIACÉE

- La méthadone est dispensée dans les CSST pour une durée de 1 à 7 jours.
- Pour les patients stabilisés, un relais de prescription peut être assuré par un médecin de ville habilité par le médecin du CSST. L'ordonnance est sécurisée. La posologie, la durée du traitement et le nom du pharmacien sont écrits en toutes lettres. La prescription est pour 14 jours, la dispensation hebdomadaire. En cas de chevauchement d'ordonnance le médecin doit le préciser. À défaut le pharmacien ne remettra que le traitement complémentaire.
- La méthadone peut aussi être prescrite par tout médecin d'établissement de santé, public ou privé, en hospitalisation ou consultation.
- La buprénorphine peut être prescrite par tout médecin sur ordonnance sécurisée. La posologie et la durée du traitement sont écrites en toutes lettres. La durée maximale est de 28 jours. Il est recommandé de préciser le rythme de dispensation ainsi que le nom du pharmacien. ■

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 À forte dose, le cannabis est hallucinogène.
- 2 L'alcool-dépendance touche 1,5 % des Français.
- 3 Le diagnostic de dépendance à une substance psycho-active nécessite le critère syndrome de sevrage.
- 4 Le neuromédiateur du système de récompense activé par les substances psycho-actives est la sérotonine.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 Selon les critères actuels, la rémission est dite précoce après 1 mois jusqu'à 6 mois d'abstinence, prolongée au-delà.
- 2 La consommation répétée de cannabis est définie par plus de 10 prises dans l'année précédant l'enquête, la consommation régulière par plus de 10 prises dans le mois.
- 3 Les antidépresseurs sont indiqués pour le traitement des dépressions induites par l'alcool.
- 4 Les complications de la cocaïne sont cardiovasculaires, psychiatriques et fœto-maternelles.

C / QCM

Parmi ces propositions concernant la prescription et la dispensation des traitements de substitution, lesquelles sont exactes ?

- 1 La méthadone peut être prescrite par tout médecin de ville.
- 2 La méthadone peut être prescrite par tous les médecins d'établissement de santé, public ou privé, en hospitalisation et en consultation.
- 3 La morphine retard et la codéine sont autorisées en traitement de substitution des toxicomanies opiacées.
- 4 Le sevrage de substance psycho-active est une indication d'hospitalisation en urgence.
- 5 L'usage du cannabis est autorisé à titre privé, chez soi.
- 6 L'alcoolémie maximale autorisée pour la conduite automobile est de 0,49 g/L.

Réponses : A : V, F, F, F / B : F, V, F, V / C : 2, 6.

MINI TEST DE LECTURE

A. / VRAI ou FAUX ?

- 1 Les purpuras vasculaires sont secondaires à des lésions de la paroi des vaisseaux.
- 2 Ils siègent préférentiellement aux membres inférieurs et à l'abdomen.
- 3 Ils sont associés à des hémorragies muqueuses.
- 4 Le purpura de Bateman survient le plus souvent chez un nourrisson.

B. / VRAI ou FAUX ?

- 1 Les purpuras aigus sont souvent secondaires à une infection.
- 2 Ils sont souvent associés à une fièvre et à une hyperéosinophilie.
- 3 Devant un purpura aigu, une prise médicamenteuse est systématiquement recherchée.
- 4 Les biguanides sont une cause classique de purpura aigu.

Réponses : A : V, V, F, F, F / B : V, V, F, V / C : 1, 2, 4.

QUESTION 330 (v. p. 1587)

C. / QCM

Parmi les agents infectieux suivants, le(s)quel(s) sont une cause de purpura vasculaire infectieux :

- 1 Méningocoque.
- 2 Virus de l'hépatite C.
- 3 Virus de l'hépatite A.
- 4 Virus d'Epstein-Barr.
- 5 *Legionella*.

MINI TEST DE LECTURE

A. / VRAI ou FAUX ?

- 1 La psychiatrie est une spécialité médicale dont l'objet est la pathologie mentale.
- 2 La pathologie mentale résulte d'une atteinte psychique de causes polymorphes.
- 3 La psychiatrie possède des fondements scientifiques composites et hétérogènes compatibles avec la définition d'une science médicale.
- 4 La psychiatrie est une combinaison de trois disciplines autonomes : la neurologie, la psychologie et la sociologie.
- 5 En psychiatrie, seul le courant neurobiologique peut prétendre accéder au niveau scientifique de la médecine.

B. / VRAI ou FAUX ?

- 1 Le courant neurobiologique qui structure la psychopathologie prend naissance à la découverte de la psychopharmacologie.
- 2 Le concept de stress est utilement envisagé par les trois grands courants qui structurent le champ de la psychopathologie.
- 3 En psychiatrie, le courant psychologique fondateur de la psychopathologie ouvre aussi bien à la psychanalyse qu'aux théories de l'information.
- 4 La notion de conflit structure les trois grands domaines de la pensée psychiatrique.
- 5 Le courant social, qui fonde l'approche des troubles mentaux, comporte aussi bien l'étude de la dynamique des groupes, de la structure relationnelle et des réactions de l'environnement.

QUESTION 48 (v. p. 1595)

C. / QCM

Parmi les critères suivants, quels sont ceux qui définissent soit un trouble mental, soit un fait clinique du ressort de la psychiatrie ?

- 1 Des symptômes ou comportements cliniquement significatifs.
- 2 Des signes d'aliénation mentale.
- 3 Comportant un sentiment de détresse associé.
- 4 Accompagnés d'une perturbation du fonctionnement personnel.
- 5 Différent d'une réponse culturellement admise à un événement de vie.

Réponses : A : V, F, V, F, F / B : F, F, V, F, V / C : 1, 3, 4, 5.